



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RECONSIDERAÇÃO/RECURSO

1. DADOS DO SERVIDOR

Nome:	
Nome Social:	
Cargo:	Matrícula SIAPE:
Unidade/Órgão:	CPF:

2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DA PENSÃO

Nome:
CPF:

3. PROCURADOR/CURADOR

Nome:
CPF:

Considerando _____ parecer _____ do(a) _____ da _____ unidade _____, setor responsável pela análise técnica do processo nº 23069. _____, na condição de requerente acima identificado(a) solicito reconsideração/recurso.

Justificativa da Solicitação de Reconsideração/Recurso:

--

Nestes termos, peço reconsideração da decisão.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do(a) Requerente(a)/Procurador(a)/Curador(a)

Base legal:

Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990

“Art. 106 . Cabe pedido de reconsideração à autoridade que houver expedido o ato ou proferido a primeira decisão, não podendo ser revogado(...)”

“Art. 108. O prazo para interposição de pedido de reconsideração ou recurso é de trinta (30) dias, a contar da publicação ou da ciência, pelo interessado, da decisão recorrida.